FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 211.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 18 *août* 1853,

Par JEAN-PROSPER DUCLOU,

né à Montembœuf (Charente),

Elève des Hôpitaux de Paris.

DU

RAMOLLISSEMENT DU CERVEAU.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1853

1853. — *Duclou.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. P. DUBOIS, DOYEN. MM.

Anatomie	DENONVILLIERS.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	....
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Pharmacie et chimie organique	WURTZ.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	DUMÉRIL, Examinateur. REQUIN.
Pathologie chirurgicale	GERDY. J. CLOQUET.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN, Président. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	ROUX VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Secrétaire, M. AMETTE.

Agrégés en exercice.

MM. BEAU.
BÉCLARD, Examinateur.
BECQUEREL.
BURGUIÈRES.
CAZEAUX.
DEPAUL.
DUMÉRIL fils.
FAVRE.
FLEURY.
GIRALDÈS.
GOSSELIN.

MM. GUENEAU DE MUSSY, Exam.
HARDY.
JARJAVAY.
REGNAULD.
RICHET.
ROBIN.
ROGER.
SAPPEY.
TARDIEU.
VIGLA.
VOILLEMIER.

A MON PÈRE, A MA MÈRE.

Respect et amour filial.

A MA SOEUR, A MON BEAU-FRÈRE.

Amour fraternel.

A MES ONCLES

DUCLOU ET DULIGNON-DESGRANGES.

Amitié et dévouement.

A M. ROSTAN,

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie impériale de Médecine,
Médecin honoraire des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'Honneur, etc.

Hommage de reconnaissance.

A M. LE D[R] FOUCART,

ex-Chef de Clinique médicale,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Témoignage de ma profonde gratitude pour les bons conseils et les soins bienveillants que vous m'avez prodigués.

DU

RAMOLLISSEMENT DU CERVEAU.

HISTORIQUE ET SYNONYMIE.

Il n'est pas un médecin qui n'ait constaté, à l'autopsie, que la substance cérébrale présente quelquefois une diminution de consistance qui peut varier depuis un degré à peine perceptible jusqu'à une sorte de liquéfaction, sans que cependant on puisse attribuer ce ramollissement à un mouvement de décomposition putride, dont il diffère par son aspect, sa couleur et son odeur. Bien que ce ramollissement ait été entrevu par Bonet, qui, dans ses ébauches d'anatomie pathologique, en signale quelques exemples, sans cependant avoir songé à se rendre compte des lésions fonctionnelles à l'aide desquelles on peut reconnaître la formation d'un pareil désordre; bien que Morgagni se soit efforcé de saisir quelques-uns des symptômes qui lui avaient plus particulièrement semblé devoir se rattacher à la désorganisation de telle ou telle partie de la masse encéphalique, on peut dire néanmoins que la connaissance de cette maladie est une conquête de notre époque. Tout en rendant justice aux efforts de MM. Dan de la Vaneterie, Rochoux, Récamier, Moulin, on peut affirmer que c'est grâce à la persévérance et au talent de MM. Abercrombie, Richemond, Lallemand, Bouillaud, Andral, et surtout au travaux de M. Rostan, que cette maladie a pu être débrouillée du chaos de la pathologie cérébrale. Mais tous ces auteurs n'ont pas désigné sous le nom de *ramollissement du cerveau* des altérations de même nature : ainsi MM. Bouillaud et Lallemand

ont fait dépendre la mollesse du cerveau d'une phlegmasie de cet organe; Récamier, d'une altération *sui generis*, d'une dégénérescence particulière, semblable à certains ramollissements de la rate; M. Andral, d'une lésion dont la nature nous est inconnue; Dance le regarde comme le résultat d'une imbibition séreuse dans certains cas; M. Cruveilhier, comme une apoplexie capillaire; Rochoux en fait une altération qui doit toujours précéder l'hémorrhagie du cerveau; enfin M. Rostan, dont l'autorité est si grande en fait de maladies cérébrales, dans un beau et savant travail intitulé *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, le considère (2e édit., p. 169), dans quelques circonstances, comme le produit d'une inflammation, mais, dans le plus grand nombre des cas, comme le résultat d'une destruction sénile offrant la plus grande analogie avec la gangrène de la vieillesse. En présence d'opinions si diverses, quel sera notre choix ? Nous rattacherons à l'apoplexie l'étude du ramollissement hémorrhagique de Rochoux, à l'encéphalite les ramollissements avec injection sanguine vasculaire et infiltration de pus, à l'hydrocéphale le ramollissement de Dance avec imbibition séreuse. De cette façon, il ne nous reste plus à envisager l'altération connue sous le nom de *ramollissement du cerveau*, telle qu'elle a été étudiée par MM. Andral, Gendrin, Récamier, Abercrombie et Rostan; maladie que je considère, avec ces auteurs, comme constituant une maladie à part, idiopathique, et distincte des autres affections auxquelles on a voulu à tort la rattacher. Quant à sa nature, j'adopte complétement l'opinion de M. Rostan; aussi est-ce à son travail, qui laisse si peu à désirer, que, malgré ceux qui ont été faits sur ce sujet depuis le sien, il reste encore le plus complet, et à ses leçons cliniques, que j'emprunterai la plupart des matériaux de cette thèse. Je m'occuperai peu de la forme inflammatoire, résultat d'une encéphalite; ce que je vais dire se rattache surtout à la seconde forme, le ramollissement sénile, et, avec M. Rostan, je le définis une « affection spéciale idiopathique de l'encéphale, caractérisée par le ramollissement d'une partie de

sa substance, et souvent par le changement de sa couleur naturelle. »

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Rien n'est plus facile à reconnaître que le ramollissement du cerveau, lorsqu'on connaît bien sa consistance normale et l'influence que l'âge et les températures exercent sur lui. Sa consistance morbide varie depuis celle de la bouillie la plus claire jusqu'à un degré qui s'approche de celle qui lui est naturelle; elle est toujours plus diminuée au centre qu'à la circonférence du foyer. Le cerveau ramolli est pénétrable à la moindre pression; quelquefois il fuit en bouillie devant la lame du scalpel, se laissant étendre plutôt que nettement diviser. Lorsque son ramollissement est faible, il est très-difficile de le reconnaître, à moins qu'il n'y ait en même temps changement dans sa couleur ; celle-ci peut ne pas différer sensiblement de celle qui lui est propre à l'état normal, ou bien elle est jaunâtre, verdâtre, rosée, rouge-marron, lie de vin, ou d'un blanc mat. Selon M. Rostan, ces différentes couleurs se trouvent ordinairement, la couleur jaune verdâtre, dans les cas où le ramollissement est consécutif à une ancienne attaque d'apoplexie; c'est alors le centre du foyer ramolli qui offre cette couleur ; la nuance rosée, plus ou moins rouge, se présente dans les cas où la maladie est primitive; c'est vers la circonférence, et surtout aux circonvolutions, là où le tissu nerveux est le plus vasculaire, qu'elle se présente de préférence ; la couleur lie de vin donne au ramollissement l'aspect d'une tache scorbutique, d'une véritable ecchymose, ce doit être un effort hémorrhagique avorté ; enfin la couleur d'un blanc mat, semblable à du lait, siége de préférence partout où surabonde la substance blanche.

Le ramollissement peut être superficiel ou profond. Quand il est superficiel, les circonvolutions sont altérées dans leur forme, elles sont comme boursouflées, et l'altération peut envahir tout un hémi-

sphère, et même, mais rarement, les deux ; d'autres fois l'altération ne se manifeste que par un changement de couleur, la substance nerveuse est rosée, au lieu d'être d'un gris jaunâtre, et, dans les endroits les plus ramollis, elle est d'un jaune verdâtre.

Quand le ramollissement est profond, il n'est aucune partie du cerveau qui ne puisse être envahie ; mais ce sont les corps striés et les couches optiques qui le sont le plus fréquemment.

Le volume de la portion de cerveau envahie peut varier depuis la grosseur d'une petite noisette jusqu'à celle d'un hémisphère et même du cerveau tout entier; mais il est très-rare que l'altération arrive jusqu'à ce point; le plus souvent, elle est bornée à un ou quelques centimètres. Dans la majorité des cas, il n'y a qu'un seul hémisphère d'envahi; quand les deux le sont à la fois, il y en a toujours un qui l'est plus que l'autre. Le même hémisphère peut contenir deux ou un plus grand nombre de cavités privées de consistance à des degrés différents.

Les ventricules renferment souvent une assez grande quantité de sérosité, surtout quand le ramollissement est général; mais la marche des symptômes indique évidemment que cette sécrétion ne devient aussi abondante que dans les derniers jours de la vie. Cette extrême abondance de sérosité, qui va souvent jusqu'à produire la compression du cerveau, se rencontre beaucoup plus rarement dans le ramollissement partiel. Les membranes sont très-souvent infiltrées et recouvertes d'une matière gélatineuse qui adhère si fortement à la substance corticale, qu'il n'est quelquefois pas possible de l'enlever sans déchirer cette substance. Dans quelques ramollissements, on constate la présence du sang; il peut s'y offrir soit sous forme de gouttelettes, soit en nature et en proportions variables, au milieu des globules encéphaliques désunis.

Enfin les artères du cerveau sont ordinairement ossifiées. Abercrombie a longuement insisté sur ce fait; selon lui, cette altération consiste dans une ossification avec épaississement et contraction des parois vasculaires, fréquemment dans une grande étendue, et quel-

quefois avec séparation de la membrane interne, et le ramollissement correspond précisément avec cet état des artères par lequel nous savons que la gangrène est produite dans d'autres parties du corps, et particulièrement dans les jambes et les pieds des vieillards.

ÉTIOLOGIE.

1° *Causes prédisposantes.* — *Age.* En abordant l'étude des causes, une difficulté se présente : la maladie dont nous nous occupons est-elle une affection spéciale à la vieillesse, ou bien peut-elle atteindre tous les âges? Le plus grand nombre des auteurs pensent qu'elle peut exister à tous les âges; mais, si nous considérons que ces auteurs n'ont tenu compte que de la lésion sans s'occuper de ses différents aspects, et qu'ils ont par conséquent confondu toutes les espèces de ramollissements, nous voyons que leur opinion, étant basée sur des faits inexacts pour la plupart, ne peut par conséquent être admise. Pour nous, nous appuyant sur les observations consciencieuses de M. Rostan, qui dit n'avoir vu le ramollissement, tel que nous le décrivons, que chez des vieillards, quoiqu'il ait donné ses soins à une population excessivement nombreuse, de tout âge et de tout sexe, pendant qu'il était médecin du bureau de charité du 12e arrondissement; sur la grande autorité d'Abercrombie, qui se range à l'avis de M. Rostan (loc. cit., p. 397), et sur les observations que M. Dechambre, ancien interne des hôpitaux, a prises à la Salpêtrière, observations dans lesquelles il dit n'avoir jamais rencontré le ramollissement partiel chez les jeunes filles et les femmes adultes de cet hôpital, nous pensons que c'est une maladie spéciale à la vieillesse, et que l'âge avancé est une cause prédisposante à cette affection

Sexe. Le sexe a-t-il une influence sur la production de ce mal? M. Rostan pense que le sexe féminin y est plus sujet. Un relevé qu'a

fait M. Andral vient à l'appui de cette opinion ; sur 33 cas observés par lui, il compte, il est vrai, 20 hommes et 13 femmes; mais, sur 114 publiés par différents auteurs, il a noté 47 hommes et 67 femmes; on voit cependant que la différence est assez minime.

M. Dechambre regarde comme causes probables du ramollissement l'existence de certains foyers hémorrhagiques, et plus souvent un état très-avancé de maigreur et de décrépitude sénile. Cette altération se serait également déclarée, selon lui, pendant le cours d'une autre maladie, comme la pneumonie, le scorbut, ou à la suite de la rétrocession d'une phlegmasie cutanée, telle que la scarlatine ou la rougeole.

2° *Causes excitantes.*—Nous signalerons toutes les causes qui agissent sur l'encéphale, telles que l'action d'un soleil ardent, d'un froid intense sur la tête, les commotions récentes, la percussion des enveloppes osseuses du crâne, la contention d'esprit, les veilles prolongées, les passions violentes, les causes morales, qui semblent être une des causes les plus fréquentes. On conçoit enfin que l'abus des substances alimentaires et médicamenteuses qui agissent sur l'encéphale par une prompte et forte sympathie, telles que le vin, les alcools, le café, les narcotiques, peut déterminer cette affection, et qu'il est par conséquent prudent d'en interdire l'usage aux personnes qui y sont prédisposées.

SYMPTÔMES.

Nous distinguerons deux périodes bien tranchées dans le ramollissement.

1re *période.* Les symptômes de la première période, ou symptômes précurseurs, sont vagues et non caractéristiques, puisqu'on les observe dans beaucoup d'affections cérébrales ; mais, lorsqu'ils ont précédé ceux de la seconde, ils acquièrent une grande valeur.

Les individus qui doivent être frappés de cette maladie ressentent, pendant un temps variable, une céphalalgie fixe, plus ou moins vive, et qui résiste le plus souvent à toute espèce de traitement. C'est le symptôme le plus constant et le signe le plus sûr ; il peut cependant manquer, mais, quand il a existé, on doit de suite soupçonner la maladie. Parfois les malades éprouvent en même temps des douleurs vagues, des fourmillements, des engourdissements dans un bras, une jambe, parfois dans tout un côté du corps. Les mouvements de ces parties sont exécutés avec plus de difficulté que d'habitude ; ils sont moins précis, la force musculaire est diminuée. Parfois la sensibilité de ces mêmes parties est émoussée ; cette paralysie s'observe toujours du côté opposé au ramollissement. En même temps s'opère un dérangement des facultés intellectuelles : les perceptions sont lentes, les idées confuses, le raisonnement pénible et souvent incohérent, la mémoire affaiblie ; le malade répond cependant juste aux questions qu'on lui adresse, mais il le fait lentement et après assez longue réflexion. Dans quelques cas, il devient inquiet, impatient, morose, irascible ; vertiges qui rendent la marche mal assurée, éblouissements, tendance au sommeil, espèce d'attaque de courte durée, avec perte de connaissance, suivie d'un léger embarras de la prononciation. Quelquefois cependant les facultés intellectuelles, au lieu d'être diminuées, sont perverties ou augmentées ; le malade éprouve du délire, profère des cris, se livre à des actes tumultueux, émet sans ordre et sans suite les idées qui se présentent à son esprit ; agitation extrême avec des symptômes fébriles, convulsions. Enfin l'aliénation mentale et la démence sénile précèdent souvent le ramollissement.

Les organes des sens sont fréquemment affectés : tantôt il y a sensibilité exagérée de la rétine, tantôt, et c'est le plus grand nombre des cas, il y a diminution de la vue et même cécité complète. Il existe souvent des bourdonnements, des tintements, une exagération de l'ouïe : le moindre bruit impressionne désagréablement le malade, mais le plus souvent la finesse de l'ouïe est diminuée ;

l'odorat et le goût peuvent être également pervertis, mais rarement.

En même temps, la santé générale peut être affectée : l'appétit est diminué, la soif plus vive; il existe des nausées, des vomissements bilieux; les urines sont difficiles ou involontaires; le dévoiement existe dans quelques cas; le plus souvent, il y a constipation. La respiration est assez rarement altérée, cependant elle est quelquefois gênée; le pouls est rarement fréquent; dans certains cas, il est plus lent.

Il ne faut pas croire que ces symptômes se présentent en même temps; il n'en existe souvent qu'un petit nombre, et encore devons-nous dire qu'ils sont communs à d'autres maladies du cerveau, surtout à l'apoplexie. Nous ferons plus tard le diagnostic différentiel de ces diverses lésions d'avec celui du ramollissement.

2e *période*. Voici maintenant l'exposé des phénomènes morbides qui nous feront reconnaître d'une manière à peu près sûre l'existence de cette maladie, surtout chez les individus qui ont présenté quelques-uns des signes que nous venons d'énumérer. Le malade perd tout à coup ou graduellement l'usage d'un ou de plusieurs de ses membres, et même d'une partie du corps; il ne peut se tenir debout, il semble assoupi. Lorsqu'on lui adresse la parole, ce n'est que lentement qu'il répond plus ou moins juste aux questions qu'on lui fait, puis il retombe dans une sorte de torpeur morale; quelquefois même ses facultés intellectuelles sont complétement abolies; mais, le plus souvent, l'intelligence est conservée, et lorsque le malade peut parler, il indique par signes qu'il comprend les questions qu'on lui fait. Dans quelques cas, il tombe dans le coma le plus profond. Si le coma et la paralysie sont survenus tout à coup, il reprend d'habitude connaissance, mais il ne tarde pas à éprouver de nouvelles atteintes avec aggravation des symptômes; alors l'intelligence et les fonctions s'abolissent complétement, et il succombe d'ordinaire du 4e au 15e jour de la seconde période.

A cette époque, l'état des membres n'est pas le même chez tous les individus, la *paralysie* est l'état le plus fréquent; il existe alors dans les parties paralysées des engourdissements, une grande pesanteur, des picotements, des fourmillements et des douleurs intolérables, surtout lorsqu'on les touche; d'autres fois on observe de la roideur, une *contracture* invincible. M. Lallemand pense qu'elle existe constamment; M. Rostan dit ne l'avoir observée que tout au plus sur le tiers des malades. Son siége est d'ordinaire le même que celui de la paralysie; elle peut être momentanée, paraître ou disparaître plusieurs fois dans un jour, ou persister jusqu'à la mort. Tantôt elle précède, tantôt elle suit l'abolition des mouvements volontaires. On la rencontre soit dans les membres sains, soit dans les membres paralysés; elle peut n'affecter qu'un bras, qu'une jambe, le tronc et le cou, et entraîner, dans ce dernier cas, la déviation du corps à droite ou à gauche, faire fléchir les vertèbres cervicales et simuler le tétanos. Quand elle se montre à la face, elle peut produire le strabisme, le resserrement de la paupière, le serrement des mâchoires ou la déviation d'une portion du visage. Enfin les *convulsions* ne sont pas rares; elles peuvent ne durer qu'un instant ou persister pendant un ou plusieurs jours, elles peuvent compliquer la paralysie et la contracture, et être générales de manière à simuler l'épilepsie.

L'état général des fonctions est variable: la face est pâle ou injectée; la céphalalgie qui existait dans la première période augmente d'intensité, et survient même, si elle a manqué. Lorsqu'il y a délire, il persiste après la manifestation de la paralysie; seulement il devient plus taciturne. Mais le délire n'est pas commun; le plus souvent, il existe de la stupeur, les sens perdent une partie de leur intensité; dans les derniers moments, ils sont complétement insensibles à leurs excitants naturels; la langue devient sèche, aride, rouge d'abord, puis brunâtre et même noirâtre; la déglutition est souvent difficile. On observe, dans certains cas, de l'inappétence, des nausées, des vomissements bilieux; quelquefois sen-

sibilité du ventre exagérée, tendance au ballonnement, déjections involontaires par suite de la paralysie du rectum, mais plus souvent constipation; difficulté d'uriner, ou même urines involontaires; respiration gênée dans le plus grand nombre des cas, quelquefois plus forte et plus fréquente que de coutume.

Le ramollissement du cervelet donne à peu près lieu aux mêmes symptômes que celui du cerveau; cependant, quand la douleur sera localisée à la nuque, qu'il n'y aura pas de délire, que les principales fonctions intellectuelles ne seront pas troublées, qu'il y aura manifestation de l'érection, on devra craindre cette altération.

En terminant l'étude des symptômes, nous devons dire qu'il est des ramollissements qui n'en présentent pas, d'autres qui en présentent d'entièrement contraires à la marche régulière, enfin qu'il en existe qui n'en présentent qu'un nombre insuffisant pour caractériser la maladie. M. Rostan a vu des circonstances où les symptômes précurseurs manquaient entièrement, mais il croit ces cas beaucoup plus rares qu'ils ne doivent le paraître à la plupart des personnes qui ont vu peu de ramollissements de l'encéphale.

MARCHE.

Nous avons déjà dit qu'il n'existe aucun signe pathognomonique de cette affection, et que ce n'est que par l'ensemble des symptômes et par leur marche qu'on peut la reconnaître; il convient donc d'étudier avec soin la marche de cette maladie. A sa première période, le mal peut rester stationnaire pendant un temps fort long ou progresser lentement; mais, dès que la paralysie se déclare, il marche en général d'une manière rapide. Il est rare, à une époque avancée de la maladie, que le coma et la paralysie décroissent. La marche du mal est essentiellement continue et croissante; aux fourmillements, à la pesanteur des membres, à l'affaiblissement de l'exercice musculaire, on voit succéder la diminution de ces mêmes parties, des symptômes de paralysie de plus en plus évidents, une dimi-

nution marquée de l'intelligence; le malade pâlit, et reste le plus souvent jusqu'à la mort comme assoupi, n'ayant qu'une idée confuse du danger de sa position. Dans quelques cas, la maladie semble s'arrêter pendant un jour ou deux, et même rétrograder ; mais cette suspension du travail morbide n'est que de courte durée, et ne saurait en imposer à un praticien éclairé. Cependant la maladie ne procède pas toujours avec autant de régularité : ainsi, rarement, il est vrai, les symptômes de la première période manquent; mais, lorsque ce cas se présente, il existe presque toujours quelque signe propre à faire reconnaître la maladie, comme dans les observations 19, 20 et 21 de M. Rostan. Quelquefois le seul désordre fonctionnel du côté des centres nerveux est une lésion du mouvement, lésion qui est encore loin d'être toujours la même; d'autres fois, l'altération de la sensibilité est le phénomène prédominant; dans d'autres cas, l'unique désordre est la perte de la parole. Enfin quelquefois le ramollissement reste latent; M. Andral en cite quatre observations. Ces circonstances apportent une grande difficulté dans le diagnostic, sinon le rendent impossible.

Il est inutile de dire que la marche du ramollissement est modifiée par les complications des maladies qui peuvent atteindre l'individu.

DURÉE.

Une difficulté se présente lorsqu'on veut fixer la durée de la maladie : Doit-on faire remonter son existence à l'époque si vague des symptômes précurseurs, ou bien doit-on fixer de préférence l'époque de l'invasion à la date où l'on a aperçu les symptômes de paralysie? M. Rostan penche pour cette dernière opinion, quoiqu'il y ait, dit-il, commencement d'altération dès le moment où les symptômes précurseurs se déclarent. Il est encore difficile d'apprécier la durée dans les cas où le ramollissement succède à une hémorrhagie récemment terminée par résolution, à l'inflammation occasionnée par un produit accidentel enfoui depuis longtemps dans la

pulpe cérébrale, et enfin quand il vient compliquer une méningite aiguë ou chronique. M. Andral a analysé numériquement la durée de la maladie, pour 105 cas de ramollissement, sans tenir compte des causes, et il est arrivé à cette conclusion qu'elle est beaucoup plus souvent, par sa durée, une maladie aiguë qu'une maladie chronique. Voici comment M. Rostan indique la durée des deux périodes qu'il admet : « La durée des phénomènes précurseurs (première période) varie depuis quelques jours seulement jusqu'à quelques mois, et même plusieurs années ; cette durée doit être en rapport avec la constitution individuelle, avec l'intensité et la persistance de la cause, avec les maladies précédemment éprouvées. Si l'individu atteint de ramollissement cérébral a été frappé antérieurement d'une attaque d'apoplexie, que cette apoplexie se soit mal résolue, les phénomènes précurseurs pourront durer plusieurs années ; je puis en dire autant des aliénés, chez lesquels ces signes pourront se manifester de bonne heure et persister pendant fort longtemps. Si une cause morale violente vient à agir sur un individu, les signes précurseurs pourront n'offrir qu'une très-courte durée, au point de faire croire que l'individu n'en a pas éprouvé.

« Lorsque la maladie est déclarée, c'est-à-dire depuis le moment où l'individu a été frappé de paralysie jusqu'à la mort, il peut s'écouler un espace de temps plus ou moins long, depuis deux ou trois jours jusqu'à deux ou trois mois ; sa durée cependant est, pour l'ordinaire, celle des maladies aiguës. Comme la péripneumonie, elle peut se terminer le quatrième, le cinquième, ou le quinzième et vingtième jour; lorsqu'elle dépasse ce terme en deçà ou au delà, le diagnostic devient alors plus obscur. Cette maladie peut cependant passer à l'état chronique. Une foule de circonstances, telles que celles dont nous venons de parler au sujet des signes précurseurs, peuvent influer sur sa durée ; l'action plus ou moins intense des causes excitantes, la constitution, l'état de santé individuel, mais surtout l'étendue, la profondeur, le siége de l'altération ; enfin le traitement plus ou moins rationnel. J'ai vu un ramollissement qui avait envahi tout un lobe, et qui fit périr la malade en deux

jours. Lorsque la lésion est superficielle, elle peut durer fort longtemps ; il n'en est pas de même lorsqu'elle s'étend jusqu'à la substance blanche. Il ne faut même, dans cette substance, qu'une légère altération pour causer une mort prompte. On voit que la durée de la maladie peut servir à préciser le diagnostic jusqu'au point de faire reconnaître si la maladie est superficielle ou profonde, étendue ou bornée. »

TERMINAISON.

Le ramollissement est-il susceptible de résolution ? C'est une question difficile à résoudre. Peut-être dans la première période l'est-il, encore ne peut-on le donner comme positif. Qui pourra en effet affirmer, après la disparition des symptômes, qu'on a eu affaire à un ramollissement commençant ou à une simple congestion ? La 4e observation de M. Rostan offre cependant un exemple remarquable de la disparition des symptômes propres à faire craindre cette affection. Il n'en est pas de même de la seconde période ; M. Rostan dit avoir employé tous les modes de traitement sans l'avoir obtenue. Peut-il se terminer par induration ? MM. Andral et Rostan ne le pensent pas. M. Scipion Pinel croit que l'endurcissement du cerveau est la suite de l'inflammation. Peut-il se terminer par un abcès ? Il n'y a rien de certain à cet égard.

Dans l'état actuel de la science, il est donc très-difficile d'établir si le ramollissement peut se terminer par résolution ; mais ce que l'on ne peut que malheureusement trop bien établir, c'est que presque toujours la mort en est la funeste conséquence.

Cette terminaison peut survenir de différentes manières. Tantôt elle tient aux progrès mêmes ou à l'étendue de l'altération ; tantôt elle est provoquée par une altération survenue dans le cerveau ou ses enveloppes, une hémorrhagie, une inflammation des méninges, par exemple ; souvent elle est amenée par cet état de débilité, de

sénilité qui préside au développement du mal ; enfin elle peut être produite par une nouvelle lésion survenue dans les organes de la respiration et de la circulation.

PRONOSTIC.

On voit, d'après ce que nous venons de dire, que le pronostic est excessivement grave. A peine est-il permis de supposer que cette affection soit susceptible de guérison ; M. Rochoux pense que, quelle que soit la cause, le ramollissement doit toujours entraîner la mort.

COMPLICATIONS.

Les maladies qui peuvent compliquer le ramollissement sont l'apoplexie sanguine (c'est la plus commune des complications), l'inflammation des méninges, le cancer du cerveau, les tumeurs fongueuses, les exostoses, les tubercules, les acéphalocystes. Toutes les phlegmasies des autres viscères peuvent aussi exister concurremment avec le ramollissement. Ces diverses complications influent nécessairement sur la manifestation symptomatique de cette affection et doivent en être distinguées avec soin.

DIAGNOSTIC.

Tous les symptômes que nous avons énumérés n'ont pas la même valeur ; avant d'entreprendre le diagnostic différentiel, à l'exemple de M. Rostan, nous allons les passer en revue, et mettre en relief ceux qui sont le plus propres à faire reconnaître cette affection.

Symptômes de la 1re *période.* — 1° *Céphalalgie.* Ce symptôme doit éveiller toute l'attention du médecin, car il est de la plus haute importance. Il n'est pas, il est vrai, suffisant pour faire reconnaître un ramollissement commençant, puisqu'il est commun à beaucoup

d'autres affections cérébrales; mais toutes les fois qu'il sera accompagné de fourmillements, d'engourdissements, de pesanteur, de douleur, de contracture ou de convulsions dans les membres opposés à cette douleur, et si, en même temps, il survient de l'altération dans les sens et l'intelligence, on devra soupçonner le ramollissement, et affirmer qu'il existe, si ces phénomènes augmentent d'intensité d'une manière brusque et graduelle.

2° *Vertiges.* Les vertiges, étant le résultat d'une congestion générale du cerveau, peuvent par conséquent se rencontrer dans tous les cas où une cause quelconque comprime l'encéphale, et ne peuvent seuls faire reconnaître un ramollissement.

3° *Diminution des facultés de l'intelligence.* Elle est rare dans la première période; elle indique bien qu'il existe une lésion dans le cerveau, comme une congestion, un épanchement séreux dans les ventricules, une méningite avec épanchement, une encéphalite, etc., mais elle ne peut servir à fixer le siége de l'altération ni à indiquer de quelle nature elle est.

4° *Tendance au sommeil.* La tendance au sommeil n'est pas plus un signe de ramollissement que les vertiges et les lésions de l'intelligence; elle prouve qu'il y a congestion vers la tête, compression de l'encéphale, sans indiquer quel est le travail morbide qui se produit.

5° Le *délire.* Le délire, étant un symptôme de maladies aiguës, lorsqu'il existe dans cette période, ce qui est rare, est une preuve, quand on ne peut le rattacher à la maladie d'aucun autre viscère, qu'il existe une inflammation de la substance cérébrale; mais il n'indique qu'une altération générale, et non pas une lésion d'une partie du cerveau.

6° La *pesanteur des membres* d'un seul côté, les *engourdissements*, les *fourmillements*, les *picotements*, les *douleurs*, les *convulsions*, la *contracture* de ces membres, indiquent une altération locale de l'encéphale ou de ses enveloppes, mais ils ne sont pas les signes d'une altération de même nature. Ainsi la douleur, les convulsions, la contracture, indiquent un travail inflammatoire, qui disparaît promptement par la résolution ou la mort quand la congestion augmente. Pour que ces symptômes aient quelque valeur dans la maladie qui nous occupe, il faut qu'ils persistent pendant un certain temps, et même augmentent graduellement d'intensité. La pesanteur des membres et leur engourdissement, symptômes beaucoup plus fréquents que les précédents, indiquent une altération du cerveau sans excitation des propriétés dites vitales de cette partie; mais, pas plus que les précédents, ils ne sont caractéristiques du ramollissement, car ils peuvent être produits par une exostose, une tumeur fibreuse ou fongueuse de la dure-mère, un kyste, un tubercule, un cancer, etc. Cependant, de même que la céphalalgie, ils sont précieux pour le diagnostic, lorsque apparaissent les symptômes de la seconde période.

7° La *sensibilité* exagérée de la rétine ou la diminution de la vue, l'exaltation de l'ouïe ou son affaiblissement, indiquent bien une inflammation ou une maladie d'une autre nature, mais ils ne sauraient caractériser une lésion circonscrite dans le cerveau; il en est de même des lésions de l'odorat et du goût.

Symptômes de la 2e période. — 1° *Paralysie des membres.* C'est sans contredit le symptôme le plus constant du ramollissement; il n'est pas cependant pathognomonique de cette affection, parce qu'il peut être dû à une hémorrhagie cérébrale, à une tumeur quelconque, etc., à l'oblitération d'une artère, comme le prouvent les observations 47 et 48 de M. Rostan. A l'article *Diagnostic différentiel*, nous dirons en quoi cette paralysie diffère de celle qui survient dans ces maladies.

2° *Paralysie des sens.* Les lésions des organes des sens, comme la perte graduelle de la vue, l'immobilité de la pupille, la déviation de l'œil en dedans ou en dehors, la diminution de l'ouïe, l'affaiblissement de l'odorat et du goût, neprouvent rien, à moins qu'il n'existe d'autres signes de ramollissement.

3° *Douleurs des membres.* Les douleurs des membres, lorsqu'elles sont accompagnées des autres symptômes d'affection cérébrale, sont un signe très-précieux, et annoncent un travail morbide dans le côté opposé au membre douloureux. Elles sont en effet un signe à peu près exclusif du ramollissement du cerveau, bien qu'on puisse les rencontrer dans le cancer de cet organe; elles présentent alors un caractère tout particulier, comme nous le dirons plus tard.

4° La *contracture* des membres et la convulsion clonique se voient à peine dans le 20[e] des cas; lorsqu'elles existent, elles sont un signe aussi sûr que la douleur des membres.

5° La *céphalalgie.* La céphalalgie persiste ordinairement dans cette période, et augmente même d'intensité. Mais, comme la langue est fréquemment paralysée et que l'intelligence est à peu près obtuse, le malade ne peut accuser cette douleur; cependant, après avoir été sollicité plusieurs fois, il porte péniblement à la tête du côté opposé à la paralysie le membre resté sain. Ce signe, qui indique un travail local, est de la plus haute importance; il suffit presque seul pour caractériser le ramollissement (Rostan).

6° *État de l'intelligence.* La diminution de l'intelligence, bien plus fréquente dans cette période que dans la première, étant le résultat de la compression du cerveau, établit bien que celui-ci est lésé, mais, n'indiquant rien de local, elle n'est pas un signe pathognomonique du ramollissement; cependant elle concourt à le caractériser, lorsqu'elle accompagne les autres phénomènes.

7° La *somnolence*, le *coma* et le *carus*, tiennent aussi à la compression du cerveau, et pour les mêmes motifs que pour l'état de l'intelligence, il faut qu'ils soient accompagnés d'autres signes du ramollissement pour le confirmer.

Voilà l'exposé des symptômes, avec leur degré de valeur le plus propre à éclairer le diagnostic. Avant de passer outre, nous allons résumer en quelques mots les caractères qui font du ramollissement une affection à part. L'invasion spontanée du mal, qui n'attend pour se développer qu'une violence extérieure, une peine morale, un excitant quel qu'il soit, portant leur action sur l'individu atteint; la vieillesse, la décrépitude du sujet affecté, le point de départ peu tranché des accidents, l'irrégularité de leur manifestation, le peu de réaction de l'organisme au moment où il subit déjà de graves atteintes; la marche successive et progressive des perturbations morbides, lorsque le mal atteint la seconde période; l'anéantissement des actes de l'intelligence, la faiblesse du sentiment et du mouvement, parfois la contracture, enfin la paralysie, l'état adynamique général, et la mort comme terminaison ordinaire de cette terrible affection : telles sont les circonstances qui dénotent surtout la maladie dont il est ici question.

Diagnostic différentiel.

Un assez grand nombre de maladies peuvent être confondues avec le ramollissement : ce sont la congestion sanguine ou séreuse, la méningite, l'apoplexie, les hémorrhagies entre la dure-mère et le feuillet de l'arachnoïde qui la tapisse, le cancer du cerveau, les tumeurs fongueuses de la dure-mère, les tubercules, les encéphalocystes, les tumeurs osseuses des parois du crâne, quelques névroses, etc.

Mais avant, nous devons distinguer le ramollissement inflammatoire, résultat d'une encéphalite, du ramollissement sénile ou non inflammatoire. Voici, d'après M. James Copland (loc. cit., p. 241),

les différences qui les séparent. Le ramollissement inflammatoire présente des phénomènes beaucoup plus aigus dans la première période ; la douleur de tête est alors plus vive, plus intense ; les réponses du malade sont brusques et courtes, le délire survient fréquemment en ce cas, la sensibilité tactile est souvent accrue ; les malades se plaignent de douleurs dans les membres, d'engourdissements, de contractions, de crampes ; les fonctions sensoriales se trouvent en général dans un état marqué d'excitation, et elles supportent avec peine l'influence de leurs modificateurs. Le pouls est fort, plein, fréquent ; la peau chaude, la soif prononcée... A la seconde période de l'encéphalite, la paralysie n'est pas prononcée ; mais les douleurs des membres, les convulsions musculaires, leurs contractures, existent à un haut degré d'intensité. La céphalalgie persiste à un degré remarquable ; le délire s'y associe fréquemment et s'accompagne de ces phénomènes de réaction qui sont communément prononcés dans les lésions phlegmasiques, et qui se montrent à peine dans le cas de modifications séniles. Enfin l'âge des malades, leur constitution, leur tempérament, l'appréciation des modifications pathologiques qu'ils peuvent avoir subies, l'examen de la cause probable qui a présidé au développement de la maladie, peuvent aider beaucoup le médecin dans son diagnostic. Poursuivons maintenant la revue des maladies qui peuvent être confondues avec le ramollissement ; nous ne pouvons mieux faire que de reproduire le diagnostic qu'en a fait M. Rostan.

« 1° *Congestion sanguine.* Aux symptômes généraux, à l'invasion brusque, à sa terminaison prompte, soit heureuse ou fatale, il est impossible de ne pas distinguer cette maladie du ramollissement.

« 2° *Congestion séreuse.* Symptômes généraux et graduels ; cette maladie est le plus ordinairement la conséquence d'une autre affection cérébrale presque toujours facile à reconnaître.

« 3° *Arachnitis.* Symptômes généraux : phénomènes fébriles très-prononcés, absence de signes précurseurs, ou bien signes précurseurs qui ne sont pas ceux du ramollissement; frisson, chaleur, perte de connaissance. Le délire n'est pas un symptôme nécessaire de l'arachnitis; il ne peut exister que lorsque la partie pensante de l'encéphale est lésée primitivement ou secondairement, car, si elle était parfaitement dans l'état physiologique, il ne pourrait y avoir délire. Dans des cas extrêmement rares, l'arachnitis donne lieu à des phénomènes locaux; c'est que l'inflammation est alors plus prononcée d'un côté que de l'autre. Ce cas est fort obscur pour le diagnostic.

« 4° *Apoplexie.* Nous entendons par apoplexie hémorrhagie dans le cerveau. Cette maladie ressemble beaucoup au ramollissement et par ses symptômes et par sa fréquence ; nous la distinguons, pour la facilité du diagnostic, en apoplexie forte, apoplexie moyenne, apoplexie faible.

« *a.* Si elle est forte, le carus arrive sur-le-champ sans prodromes, la paralysie est universelle; il y a résolution des membres, déjections involontaires, paralysie des sens; le pouls est opprimé. Le malade meurt en quelques heures, en deux ou trois jours au plus. Le ramollissement n'a jamais cette marche ni une si courte durée.

« *b.* L'*hémorrhagie moyenne,* la plus difficile à diagnostiquer, arrive tout à coup; les symptômes sont portés de suite au plus haut point d'intensité, et diminuent les jours suivants, lorsque la maladie se termine par résolution. Lorsque la maladie doit se terminer par la mort, les symptômes vont ordinairement en croissant; mais alors, au bout de quelques jours, il s'est formé un ramollissement autour de l'épanchement, qui est un véritable corps étranger. Le coma est le dernier symptôme du ramollissement, c'est le premier de l'apoplexie; les accidents diminuent dans celle-ci, et vont en augmentant dans l'autre. Lorsqu'ils augmentent dans l'hémorrha-

gie, il y a ramollissement, et d'ailleurs presque toujours absence de prodromes. Lorsqu'il a existé des phénomènes précurseurs, le ramollissement existait avant l'hémorrhagie. Ces signes annoncent, sans contredit, un travail dans le cerveau.

«*c*. Si l'apoplexie est faible, il sera très-facile de la distinguer du ramollissement. Il y a paralysie d'un membre, embarras de la langue, etc. ; mais la résolution a lieu promptement, les symptômes diminuent graduellement, la convalescence s'établit. La marche du ramollissement est inverse.

«5° Je ne sais encore à quel signe on pourrait distinguer du ramollissement l'hémorrhagie qui a son siége entre la face externe du feuillet de l'arachnoïde et la face interne correspondante de la dure-mère ; cette maladie est heureusement fort rare.

«6° Le *cancer du cerveau* commence par des douleurs de tête lancinantes, qui reviennent par accès, puis se rapprochent, et finissent par devenir journalières ; plus tard, la paralysie, les convulsions, l'épilepsie, l'idiotisme, la manie, se déclarent; les membres sont le siége de douleurs lancinantes; la peau est jaune-paille. La marche de la maladie est essentiellement chronique, elle dure quelquefois plusieurs années. On ne saurait confondre cette maladie avec le ramollissement du cerveau.

«7° Les *tumeurs fongueuses* de la dure-mère ne donnent lieu à aucun signe qui puisse les faire reconnaître avant leur éruption au dehors, ce qui est sans doute dû à la lenteur du développement de la maladie; on ne peut donc l'assimiler à l'affection qui nous occupe; sa marche est d'ailleurs chronique. Lorsque la tumeur fait saillie au dehors, toute erreur devient impardonnable.

«8° Les *acéphalocystes* du cerveau sont extrêmement rares, je n'en ai vu qu'une fois; leur marche est lente et chronique.

« 9° Les *tubercules* du cerveau ne donnent pas lieu à des symptômes locaux, ainsi qu'on pourrait le croire. Dans les observations publiées jusqu'ici, on a noté une céphalalgie très-intense, et surtout un vomissement des plus opiniâtres, et quelques phénomènes généraux, tels qu'étourdissements, faiblesse, impossibilité de se tenir debout. Cette maladie ne ressemble en rien à celle qui nous occupe; quoi qu'on ait publié récemment, nous persistons à croire cette affection fort rare.

« 10° *Tumeurs osseuses des parois internes du crâne.* A supposer que l'analogie des symptômes pût faire confondre cette maladie avec le ramollissement, son extrême rareté mettrait du moins à l'abri d'erreurs nombreuses. Sa marche est beaucoup plus lente, elle est consécutive à d'anciennes affections vénériennes; les parois externes du crâne sont semées d'exostoses, ainsi que les os longs, des douleurs ostéocopes se font sentir.

« 11° La *syncope* est caractérisée par la perte de connaissance, la pâleur de la face, le ralentissement de la circulation et de la respiration, avec résolution des membres; elle dure peu, et ne laisse aucune trace. Les symptômes sont généraux.

« 12° Dans l'*asphyxie,* il y a injection violette de la face, suspension de la respiration et de la circulation, froideur de la peau, résolution des membres; symptômes généraux, et toujours cause spéciale facile à reconnaître.

« 13° La *léthargie* n'est qu'un carus profond, ce n'est qu'un symptôme de diverses affections cérébrales.

« 14° Pour l'*épilepsie,* convulsions violentes, ordinairement de courte durée, auxquelles succède un sommeil stertoreux; symptômes généraux à peu près de même pour l'hystérie.

« 15° Dans la *catalepsie,* le malade conserve la position qu'on imprime à ses membres ; le pouls et la respiration sont lents ; les phénomènes sont généraux, et présentent une physionomie toute particulière. »

TRAITEMENT.

Le traitement varie suivant les périodes. Dans la *première,* lorsqu'il n'y a que céphalalgie, vertiges, tendance au sommeil, perte de mémoire, engourdissements, fourmillements, etc., le traitement sera principalement hygiénique. On recommandera au malade d'éviter une température élevée sur la tête, l'impression d'un soleil ardent ; il devra habiter un lieu frais. On lui défendra les bains chauds et les bains froids, parce qu'ils peuvent augmenter la congestion du cerveau. Tous les excitants et tous les médicaments qui ont une action spéciale sur le cerveau, tels que le vin, les alcooliques, le café, l'opium, doivent être sévèrement défendus. On favorisera toutes les excrétions habituelles, excepté celles qui résultent du coït, qui ont le double désavantage d'énerver le sujet qui s'y livre, et d'agir trop fortement sur l'encéphale. Tous les exercices violents devront être évités avec soin. Les grandes émotions morales, les veilles prolongées, la colère, la joie, qui paraissent fréquemment déterminer cette maladie, seront éloignées autant que possible.

2e *période.* Le traitement varie suivant que nous avons affaire au ramollissement inflammatoire ou au ramollissement sénile. Lorsque l'individu est vigoureux, qu'il a la face rouge, que le pouls est plein, fort et fréquent ; en un mot, qu'il présente des phénomènes qui font supposer la concentration du sang vers un point de l'encéphale, on aura recours aux émissions sanguines générales ou locales plus ou moins répétées, selon les indications. Les sangsues seront appliquées de préférence à la tempe ou sur le trajet de la jugulaire opposé au côté du corps qui a subi les premières atteintes de pesanteur, de

fourmillements, etc. ; elles seront mises à l'anus ou à la région périnéale, si on veut rappeler le flux hémorrhoïdal ou l'écoulement menstruel ; on complétera le traitement par l'emploi de pédiluves chauds, l'usage du chiendent nitré, l'eau de veau, le petit-lait, ou de quelques boissons acidules. Si on veut provoquer une révulsion intestinale, on a conseillé l'emploi du calomel ou de l'émétique en lavage ; mais M. Rostan en repousse formellement l'emploi, parce qu'ils déterminent une congestion vers le cerveau. Il emploie de préférence les laxatifs doux, les huiles, les sels neutres, afin de ne pas compliquer la maladie en irritant le tube intestinal. Enfin quelques médecins couvrent la tête d'une vessie remplie de glace, et prolongent plus ou moins longtemps l'action du froid sur la tête ; nous croyons que c'est un bon moyen.

Il n'en est pas de même pour le ramollissement sénile. Lorsque le sujet est pâle, débile, décoloré, qu'il y a prostration, somnolence, paralysie sans délire, sans augmentation du pouls et sans chaleur à la peau, qu'il n'existe enfin aucun symptôme inflammatoire, il faudra bien se garder d'employer le traitement antiphlogistique. On devra, dès les premiers jours (Rostan), appliquer les rubéfiants sur diverses parties du corps, sur les membres, à la nuque, et même sur la tête, tout en stimulant le canal digestif à l'aide de purgatifs drastiques. Au dire d'Abercrombie, le meilleur qu'on puisse employer est l'huile de croton tiglion, à la dose de 1 à 2 ou 3 gouttes au plus, ou en pilules, afin d'éviter sa saveur âcre et brûlante. En Angleterre, on préconise le calomel, que l'on administre jusqu'à la salivation. Cette méthode est peu usitée en France, et doit être rejetée, parce qu'il nous semble dangereux de provoquer le gonflement de la langue, la tuméfaction des amygdales et du voile du palais, et de déterminer l'excrétion d'abondantes mucosités sur des individus dont l'expuition et le jeu des muscles expirateurs sont rendus difficiles par l'état d'inertie des nerfs qui président à la contraction musculaire. Enfin on a préconisé l'émétique en lavage ; nous pensons que souvent il aggrave les conditions des organes cérébraux,

lorsqu'il provoque le vomissement ou de fréquents efforts musculaires, sans amener aucune évacuation par le haut. On devra rejeter l'emploi des frictions mercurielles, l'émétique à haute dose, et l'application de la glace sur la tête; ces agents ne pourraient que hâter la marche du mal, en ajoutant à l'état de prostration et de faiblesse qui préside à son développement. Les vésicatoires, les cautères, les sétons, les moxas, appliqués à la partie postérieure du cou, ramèneront un peu l'innervation. Enfin les toniques, tels qu'une décoction de quinquina, de simarouba, les excitants aromatiques, comme une infusion d'arnica, les cataplasmes sinapisés, et de légères frictions excitantes, devront être employés à la fin de cette période, lorsque l'abattement est porté au dernier degré.

Pour compléter le traitement, nous devons dire que, dans l'une ou l'autre espèce de ramollissement, s'il se présente quelque indication particulière à remplir, il ne faudra pas la négliger. Ainsi, lorsque les symptômes du ramollissement succèdent à la disparition d'un exanthème, il faut rappeler cette éruption; si un vésicatoire, un cautère, un séton, avaient été supprimés, il faudrait les rétablir; si un écoulement chronique quelconque a cessé, il faut le rappeler immédiatement. Il en est de même d'une hémorrhagie nasale, des hémorrhoïdes, des menstrues. C'est à l'emploi de ces différents moyens que M. Rostan dit avoir obtenu des succès vraiment remarquables.

NATURE.

Le ramollissement est-il une phlegmasie ou une maladie d'un caractère particulier? Voici comment M. Rostan, qui a émis les opinions les plus formelles à cet égard, s'exprime : « Je pense que le ramollissement du cerveau est souvent inflammatoire, qu'il est, dans bien des cas, le résultat d'une encéphalite. La couleur rosée que l'on observe quelquefois ne peut être que l'effet d'un travail inflammatoire; la douleur de tête fixe annonce un travail du même

genre, quoique toutes les douleurs ne soient pas inflammatoires; les circonvolutions sont souvent épaissies, tuméfiées; la force, la fréquence du pouls, la chaleur à la peau, la coloration à la face, la sécheresse de la langue, la soif que l'on observe dans certains cas, sont des phénomènes de réaction qui accompagnent communément les phlegmasies. Le ramollissement se manifestant quelquefois autour d'un épanchement sanguin, d'un cancer, d'un tubercule, doit être alors assimilé à l'inflammation que la nature développe autour des lésions organiques de toute espèce, à une certaine époque.

« Mais, si le ramollissement présente quelquefois ces caractères, il en offre plus souvent d'entièrement opposés. Il faut se garder des vices de raisonnement; de ce qu'une chose arrive souvent d'une manière, il ne s'ensuit pas qu'elle arrive toujours de cette manière. Ainsi les symptômes que nous venons de voir tout à l'heure être ceux de l'inflammation sont fréquemment d'une nature opposée; il y a diminution de contractilité et de sensibilité, paralysie, stupeur, inertie de l'intelligence, pâleur, froid, petitesse du pouls, absence de céphalalgie. La couleur du cerveau n'est pas changée dans la plupart des cas; elle est parfois rouge lie de vin, comme scorbutique. Il n'y a ni sang ni pus infiltré dans la substance cérébrale. Le ramollissement du cerveau *peut être la destruction sénile de cet organe;* il peut être une espèce d'hémorrhagie scorbutique, enfin de toute autre nature inconnue. Il est donc quelquefois inflammatoire, et d'autres fois non inflammatoire. »

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Des causes qui font varier la hauteur du baromètre, et de l'influence de ces variations sur l'économie animale.

Chimie. — Des caractères distinctifs des sels d'argent.

Pharmacie. — Des préparations pharmaceutiques qui ont pour base la ciguë.

Histoire naturelle. — Caractères de la famille des aristolochiées, et indication des médicaments qu'elle fournit à la thérapeutique.

Anatomie. — Des rapports de la pie-mère avec la circonvolution et les anfractuosités du cerveau.

Physiologie. — Le contact du sperme sur l'ovule est-il indispensable pour que la fécondation ait lieu?

Pathologie interne. — Des hydropisies en général, et spécialement de leur mécanisme et de leurs divers modes de formation.

Pathologie externe. — Du diagnostic différentiel des tumeurs développées dans l'hypochondre droit.

Pathologie générale. — Du ramollissement considéré dans les différents tissus.

Anatomie pathologique. — Des divers modes de rétrécissement du pharynx et de l'œsophage.

Accouchements. — De l'hydrorrhée pendant la grossesse.

Thérapeutique. — De l'action comparative des préparations mercurielles solubles et insolubles.

Médecine opératoire. — Des amputations des membres dans leur contiguïté.

Médecine légale. — Un cadavre retiré de l'eau provient-il d'un individu qui a été jeté dans l'eau pendant la vie ou après la mort?

Hygiène. — De l'action des diverses poussières végétales sur l'économie.

Vu, bon à imprimer.

ROSTAN, Président.

Permis d'imprimer.

Le Recteur de l'Académie de la Seine,

CAYX.

Paris, le 2 août 1853.